Dr. WILLIAM GÓMEZ
UNIDAD MÉDICA
TU SALUD EN NUESTRAS MANOS

NIT. 19.427.943
Carrera 9 N° 16-49 Barrio San José
Cel. 300 303 1361 - 300 550 6899 - Tel. 605-7261795
E-mail. unidadmedicadr.williamgomez@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.121

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	09 MES	2024 AÑO	MAICAO (LA GUAJIRA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO EN INTERVENCION	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO EN INTERVENCION
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

FUENMAYOR MENDOZA YOLEIDIS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	37 AÑOS 10 MESES 1 DÍAS	CC	1118807025
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ENFERMERA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *PRESENTA SOBREPESO Y ALTERACION VISUAL CONDICIONES QUE REQUIEREN DE CONTROL*

CUMPLE	PARA LABORAR COMO ENFERMERA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	LABORATORIO (HEMOGRAMA - GLICEMIA - PERFIL LIPIDICO - PRUEBA HEPATITIS B)	✓
VALORACION OSTEOMUSCULAR	✓	VALORACION PSICOLOGICA	✓
VISIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACION POR OPTOMETRÍA	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: William Alberto Gómez Cifuentes

Nombre: GOMEZ CIFUENTES WILLIAM ALBERTO

Aspirante o Trabajador

Firma: Yoleidis Fuenmayor

Nombre: FUENMAYOR MENDOZA YOLEIDIS

Powered by CamScanner